



Daily Home Screening for Students

Please complete this short checklist each morning before your child leaves for school.

STUDENTS MUST STAY HOME IF THEY ARE AWAITING COVID-19 TEST RESULTS.

If your child meets any of the following criteria, your child may have a possible illness that decreases your child's ability to learn and also puts your child at risk for spreading illness to others.

Please check your child for these criteria:

SECTION 1A: Symptoms (Considered symptomatic if your child has at least one (1))

- Lack of smell or taste without congestion
- New uncontrolled cough that causes difficulty breathing (for staff with chronic allergic/asthmatic cough, a change in cough from baseline)
- Shortness of breath

SECTION 1B: Symptoms (Considered symptomatic if your child has at least two (2))

- Elevated Temperature/Fever (Oral >100.4°F, Axillary/Temporal >99.5°F)
- Sore throat
- *Nausea, diarrhea, vomiting, and/or abdominal pain*
- New onset of severe headache, especially with a fever
- *Chills, muscle pain, and/or fatigue*
- Congestion or runny nose

**if more than one applies count as multiple symptoms*

SECTION 2: Close Contact/Potential Exposure (Your child should stay home if at least one (1) checked)

- Had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes) with a person with confirmed COVID-19
- Traveled out of state. The Pennsylvania Department of Health [requires a 14-day quarantine](#) upon return to Pennsylvania or proof of a negative COVID-19 test.
- Had a recent COVID-19 test and are awaiting results

If your child is considered symptomatic or has had a close contact/potential exposure, please have your child stay home and contact a healthcare provider.



Chequeo Diario en Casa para los Estudiante

Por favor complete esta breve lista de verificación cada mañana antes de que su hijo salga para la escuela.

Si su hijo cumple con cualquiera de los siguientes criterios, su hijo puede tener una posible enfermedad que disminuye la capacidad de su hijo para aprender y también pone a su hijo en riesgo de propagar la enfermedad a otras personas.

Por favor revise a su hijo con los siguientes criterios:

SECCION 1A: Síntomas (Considere a su hijo sintomático si tiene al menos uno (1))

- Pérdida del olfato o gusto sin congestión
- Tos nueva que no se puede controlar y causa dificultad para respirar (para personas con tos alérgica/asmática crónica, un cambio en la tos normal)
- Dificultad para respirar

SECCION 1B: Síntomas (Considere a su hijo sintomático si tiene al menos dos (2))

- Fiebre/ Temperatura Elevada (Oral >100.4°F, Axilar/Temporal >99.5°F)
- Dolor de garganta
- *Nauseas, diarrea, vomito, y/o dolor abdominal*
- Dolor de cabeza intenso no común, especialmente con fiebre.
- *Escalofríos, dolor muscular y/o fatiga*
- Congestión o secreción nasal.

**Si tiene más de uno considérela como múltiples síntomas*

SECCION 2: Contacto cercano/ Exposición potencial (su hijo deberá permanecer en casa si marca al menos uno (1))

- Tuvo contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con una persona positiva con COVID-19
- Ha viajado o vivido en un [área identificada](#) por el Departamento de Salud de Pensilvania de mantener cuarentena al regreso de la misma
- Le han hecho una prueba de COVID-19 y está esperando los resultados

Si su hijo se considera sintomático o ha tenido un contacto cercano/exposición potencial, por favor mantenga a su hijo en casa y póngase en contacto con su médico.